

RÉSUMÉ :

Cet article propose une standardisation de la grille d'évaluation des capacités de communication des patients-Alzheimer (GECCO) sur une population globale de 152 malades. La standardisation a été également réalisée sur 3 groupes de malades présentant des degrés d'atteinte cognitive différents.

MOTS-CLÉS :

Evaluation - Communication - Alzheimer - Pragmatique - Standardisation.

Thierry ROUSSEAU
Orthophoniste
Docteur en psychologie
Directeur de recherches à
l'UNADREO (ERU 17)

STANDARDISATION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE COMMUNICATION (GECCO)

par Thierry ROUSSEAU

SUMMARY : *Standardization of the evaluation table of the communication capacities (GECCO)*

This article offers a standardization of evaluation table of communication capacities of person with Alzheimer's disease (GECCO) on a population of 162 patients. The standardization was performed with a 3 groups of patients with different level in then knowledge.

KEY-WORDS :

Valuation - Communication - Alzheimer - Pragmatic - Standardization.

INTRODUCTION

Le patient atteint de maladie d'Alzheimer présente des troubles de la communication de diverses natures, d'origines différentes et sous une influence multifactorielle. Il existe en effet une désintégration langagière*, une atteinte des aspects généraux du discours : la cohérence**, la cohésion*** mais aussi une atteinte des aspects spécifiques du discours : la compétence narrative****, la gestion des tours de parole et des actes de langage***** et des procédures de réparation*****. Par ailleurs la communication non verbale subit aussi des modifications*****.

Ces modifications de la communication sont à la fois liées à l'atteinte corticale des zones du langage, à l'atteinte de l'ensemble des fonctions cognitives* mais aussi à des facteurs plus individuels, psycho-sociaux et liés à la situation même de communication*.

Par conséquent, en particulier dans une optique thérapeutique, il est essentiel de connaître l'évolution des capacités de communication des malades-Alzheimer, de repérer l'ensemble des facteurs proximaux et distaux qui interagissent sur ces capacités et de déterminer un profil des capacités résiduelles des malades, notamment en fonction de l'évolution de la maladie. En effet, en proposant une thérapie de type écosystémique* qui intervient à la fois auprès du malade, chez qui on optimisera les capacités encore fonctionnelles, et auprès de l'entourage, à qui on montrera comment adapter sa propre communication aux difficultés du malade, on retardera le déclin de ces capacités*.

La difficulté réside d'abord dans la nécessité de disposer d'un outil d'évaluation des capacités de communication des malades-Alzheimer qui permet de dresser un profil de la communication et non pas seulement du langage, en rendant compte de la plurimodalité de la communication selon le principe de Watzlawick*. Il doit donc s'agir d'un outil qui tient compte des difficultés spécifiques des malades : troubles de l'expression, de la compréhension et des aspects pragmatiques du langage et qui évalue le patient en situation réelle de communication, c'est-à-dire d'un outil écologique, la situation naturelle étant, pour de nombreux auteurs, la procédure induisant l'information la plus représentative*. De plus, du fait que la thérapie proposée sera essentiellement palliative, il sera nécessaire de juger la communication non pas par rapport à une norme établie mais simplement par rapport à la capacité de poursuivre ou non une discussion avec un interlocuteur. Il sera important également, toujours dans une optique thérapeutique, de déterminer les causes éventuelles des ruptures de communication pour tenter de les éviter. L'analyse de la communication avec cette approche intègre de fait la notion de subjectivité, la théorie pragmatique se basant précisément sur la subjectivité de l'interlocuteur qui interprète l'intention communicative du locuteur, selon le principe de coopération de Grice*.

L'absence d'outil répondant à ces critères nous a conduit à proposer, pour un usage clinique, la grille d'évaluation des capacités de communication des malades-Alzheimer : GECCO dans une version papier* et informatisée** et dont la validité a été étudiée***.

La GECCO n'était pas actuellement standardisée et ne permettait que des comparaisons intra-individuelles. Nous avons souhaité pouvoir fournir au praticien des données standardisées lui permettant de comparer les capacités de communication de son patient avec une population représentative présentant les mêmes caractéristiques en particulier de degré d'atteinte cognitive.

*Apell et coll., 1982 ; Murdoch et coll., 1987 ; Huff, 1992 ; Cardebat et coll., 1995 **Rousseau, 1992 ; Berrewaerts et coll., 2003 ***Cummings et coll., 1985 ; Rousseau, 1992 ****Kemper et coll., 1994 *****Causino Lamar et coll., 1994 *****Orange et coll., 1996 *****Irigaray, 1973 ; Bayles et coll., 1987 ; Malécot, 2002 ; *Rousseau, 2007b

*Rousseau, 1992, 2007b

*Rousseau, 2004

*Rousseau, 2007a

*1972

*Causino Lamar, 1994 ; Holland, 1982

*1975

*Rousseau, 1998, annexe 1
**Rousseau, 2006a
***Rousseau et coll., 2006 ; Rousseau, 2006b

LA GECCO

La GECCO par une approche pragmatique et écologique permet une évaluation des capacités de communication spécifiquement des malades-Alzheimer à travers l'analyse de 3 situations de communication avec un interlocuteur. La GECCO a un objectif essentiellement thérapeutique puisqu'elle doit permettre de déterminer les actes de langage encore utilisables par le patient, de déterminer les thèmes et situations qui favorisent la communication et de déterminer les actes de l'interlocuteur qui favori-

*Rousseau, 2001

sent l'interlocution. Cette analyse servira de base au thérapeute pour mettre en place une thérapie écosystémique* qui devra permettre au patient, avec l'aide de l'entourage, de garder le plus longtemps possible à sa compétence les actes de langage qu'il maîtrise encore.

LES SITUATIONS DE COMMUNICATION

L'analyse de la communication par cet outil nécessite l'enregistrement (vidéo de préférence) de 3 situations de communication de base en vue de leur analyse ultérieure. Nous avons en effet montré l'influence de l'environnement et du contexte dans la communication des patients-Alzheimer*. Les 3 situations retenues permettent de couvrir l'essentiel du champ des situations retrouvées dans la vie quotidienne ; ce sont :

*Rousseau, Fromage, Sylvie, 2004

- une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie,
- une tâche d'échange d'informations à partir de photos, tâche inspirée de la PACE proposée par Wilcox et Davis*,
- une discussion libre à partir du moment présent.

*1978

Il est préconisé une interlocution pour l'ensemble des 3 situations d'une durée de 15 à 20 minutes environ.

L'ANALYSE PRAGMATIQUE DU DISCOURS

L'analyse pragmatique du discours des patients consiste à identifier et à classer les différents types d'actes de langage et à déterminer la cause éventuelle de l'inadéquation. La classification des actes de langage verbaux s'inspire de la taxonomie de Dore* mais simplifiée (annexe 2). Les actes non-verbaux retenus seront ceux qui correspondent à la classification de Labourel* mais il ne sera pas fait de distinction taxonomique.

*1977

*1981

Par ailleurs, pour que la communication puisse se dérouler et se poursuivre normalement, il faut que l'acte de langage produit soit adéquat et cette adéquation (annexe 3) est déterminée par rapport :

- aux règles socio-linguistiques : il faut que le discours ait une certaine cohésion au niveau lexical et au niveau grammatical et il faut aussi que l'acte de langage produit par le patient apporte un certain feed-back à l'interlocuteur et/ou à la situation de communication ;
- à l'échange d'informations : il faut que le discours présente au niveau de son organisation logico-sémantique une certaine cohérence c'est à dire qu'il doit exister une unité au niveau de son thème et une logique du déroulement de ses séquences assurée par des transitions aisément compréhensibles. En référence à Charolles* nous avons retenu quatre règles de cohérence : la continuité thématique, la progression rhématique, la relation et la non-contradiction.

*1978

En ce qui concerne les actes non verbaux, nous ne retenons que ceux qui, en remplaçant ou en accompagnant un acte de langage, apportent un plus à la communication, ceux qui ont une valeur communicationnelle certaine.

Les résultats doivent être portés à l'état brut (nombre d'actes de langage) dans chacune des grilles correspondant à chacune des 3 situations. Une fois indiquée la durée en minutes de la situation de communication, le logiciel fera automatiquement tous les calculs pour chaque situation de communication ce qui permettra un affichage :

- a) de grilles où sont exprimés les résultats globaux en fréquence par minute, c'est à dire les différents actes de langage verbaux et non verbaux (adéquats/inadéquats) au cours de chacune des 3 situations ;
- b) de graphiques pour chacune des situations :
 - présentation des résultats correspondant aux grandes catégories d'actes de langage : questions, réponses, affirmations, descriptions-mécanismes conversationnels, performatives, divers, non verbaux,
 - présentation des actes de langage qui composent ces grandes catégories d'actes en distinguant les actes adéquats et les actes inadéquats,
 - présentation des causes de l'inadéquation exprimées en pourcentage.

- c) de grilles et de graphiques présentant la moyenne des 3 situations qui sera automatiquement calculée et les résultats seront présentés de la même manière pour chacune des situations.

Le score de l'ensemble des actes adéquats correspond à ce que nous avons appelé la *communication efficiente*, c'est-à-dire celle qui permet la poursuite de l'interlocution dans des conditions normales, sans entraîner de rupture de l'échange.

STANDARDISATION

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de l'ERU 17, des étudiantes ont participé à l'étude de la communication des patients-Alzheimer avec la GECCO en s'intéressant à différents facteurs : le degré d'atteinte cognitive*, le lieu de vie**, l'âge et le sexe***, le niveau socio-culturel****. D'autres travaux ont été menés avec cet outil sur la création d'un questionnaire à l'intention de l'entourage***** et des données ont été obtenues par des praticiens dans le cadre d'une pratique clinique.

Les cliniciens et les étudiants, formés à l'évaluation de la communication avec la GECCO, ont rencontré des patients-Alzheimer institutionnalisés (au sein d'Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées Dépendantes, d'Unités pour Personnes Agées désorientées ou d'Unités de psychogériatrie), ou vivant à domicile. Dans ce dernier cas la rencontre se faisait au domicile du patient, en structure d'accueil de jour ou en cabinet libéral d'orthophonie.

Pour tous les patients rencontrés, les équipes se sont assuré que le diagnostic de maladie d'Alzheimer avait été posé selon les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé*.

Les patients vivaient dans différentes régions de France et dans la région de Liège (Belgique).

Le niveau socio-culturel a été déterminé selon la grille des niveaux socio-culturels proposée par Gil* qui permet une évaluation de 1 à 7 : NSC 1 : illettré, NSC 2 : sait lire, écrire, compter, NSC 3 : niveau fin d'études primaires (5 années de scolarisation), NSC 4 : niveau brevet d'études de premier cycle (9 années de scolarisation, pour les métiers manuels : niveau CAP sans spécialisation), NSC 5 : niveau classe terminale (11 ou 12 années de scolarisation, pour les métiers manuels : niveau ouvrier ou artisan avec responsabilités techniques ou de gestion), NSC 6 : niveau baccalauréat (pour les métiers manuels : métiers hautement qualifiés avec cursus prolongés comme les compagnons du tour de France), NSC 7 : niveau diplôme universitaire.

RÉSULTATS

Les tableaux donnent les résultats exprimés en fréquence par minute avec l'écart-type entre parenthèses. Le pourcentage exprime la proportion d'actes inadéquats par rapport au total des actes (inadéquats).

Les moyennes ont été calculées sur la population globale (N= 152) et sur des groupes présentant des degrés d'atteinte différents en fonction des scores au Mini Mental State de Folstein*.

*Fargier, Dali, 2005
**Rousseau, E., 2006
***Lepoitevin, Vergne, 2006
****Maugan, 2006
*****Cavrois, Coupeaux, 2007

*ANAES, 2000

*2003

*1975

a. Population globale

N = 152 patients : moyenne d'âge : 80,13 ans (écart-type : 8,41),

NSC moyen : 3,94 (1,28),

MMS moyen : 12,19 (6,64),

Lieu de vie : domicile : 78 patients, institution : 74 patients (durée moyenne institutionnalisation : 13,5 mois),

95 femmes : 79,81 ans (8,92) — 57 hommes : 80,68 ans (7,52).

ACTES	ADÉQUATS	INADÉQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence			total		
	Communication efficiente	grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
Questions	0,27										
oui/non	0,12 (0,18)										
wh	0,09 (0,13)										
rhétorique	0,05 (0,10)										
Réponses	2,78										
oui/non	1,45 (0,71)										
wh	0,80 (0,48)										
qualification	0,52 (0,40)										
Description	1,48										
identification	0,45 (0,36)										
possession	0,05 (0,09)										
événement	0,45 (0,60)										
propriété	0,29 (0,43)										
localisation	0,22 (0,25)										
Affirmation	1,83										
règles / faits	0,16 (0,25)										
évaluation	0,46 (0,40)										
état interne	0,82 (0,61)										
attribution	0,10 (0,15)										
explication	0,27 (0,37)										
Mécanismes conversation.	0,59 (0,50)										
Performative	0,14 (0,22)										
Divers	0,03 (0,14)										
Non verbal	0,48 (0,59)										
Total 3 situations	7,65 (2,91)	0,11 (0,18) 7%	0,50 (0,58) 28%	0,09 (0,25) 6%	0,30 (0,43) 17%	0,22 (0,39) 13%	0,20 (0,29) 12%	0,22 (0,35) 13%	0,07 (0,09) 4%	1,78 (1,55)	9,43 (3,31)
		0,61 35%		0,39 23%		0,71 42%					
<i>Entrevue dirigée</i>	9,43 (3,77)										
<i>Echange d'informations</i>	5,74 (3,08)										
<i>Discussion libre</i>	7,60 (3,92)										

Tableau 1. Population globale.

b. Patients d'atteinte légère (25>MMS>16)

N = 57 patients, 36 femmes, 21 hommes, âge moyen : 78,83 ans (5),
 NSC moyen : 4,16 (1,29),
 MMS moyen : 18,13 (2,60),
 47 patients à domicile, 10 patients en institution.

ACTES	ADÉQUATS	INADÉQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence			total		
	Communication efficiente	grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation		contradiction	
Questions	0,34										
oui/non	0,14(0,22)										
wh	0,12(0,18)										
rhétorique	0,08(0,15)										
Réponses	2,82										
oui/non	1,39(0,64)										
wh	0,88(0,50)										
qualification	0,55(0,40)										
Description	1,49										
identification	0,55(0,36)										
possession	0,07(0,11)										
événement	0,07(0,84)										
propriété	0,40(0,48)										
localisation	0,40(0,32)										
Affirmation	2,65										
règles / faits	0,26(0,27)										
évaluation	0,63(0,47)										
état interne	1,16(0,66)										
attribution	0,14(0,20)										
explication	0,46(0,54)										
Mécanismes conversation.	0,56(0,43)										
Performative	0,19(0,23)										
Divers	0,02(0,08)										
Non verbal	0,45(0,48)										
Total 3 situations	8,52 (2,43)	0,13 (0,21) 9,28%	0,42 (0,67) 30%	0,06 (0,15) 4,29%	0,15 (0,28) 10,71%	0,23 (0,48) 16,43%	0,13 (0,18) 9,29%	0,24 (0,37) 17,14%	0,04 (0,07) 2,86%	1,42 (1,54)	9,94 (3,22)
		0,55 39,28%		0,21 15%		0,64 45,68%					
<i>Entrevue dirigée</i>	10,91 (3,44)										
<i>Echange d'informations</i>	7,38 (3,35)										
<i>Discussion libre</i>	9,26 (3,30)										

Tableau 2. Patients d'atteinte légère.

c. Patients d'atteinte moyenne (15>MMS>6)

N = 62 patients, 38 femmes, 24 hommes, âge moyen : 81,22 (9,21),

NSC moyen : 3,85 (1,19),

MMS moyen : 11,17 (2,95),

29 patients à domicile, 33 en institution.

ACTES	ADÉQUATS	INADÉQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence					total
	Communication efficiente	grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
Questions	0,29										
oui/non	0,14(0,19)										
wh	0,1 (0,11)										
rhétorique	0,05(0,08)										
Réponses	2,94										
oui/non	1,52(0,71)										
wh	0,79(0,45)										
qualification	0,63(0,42)										
Description	1,92										
identification	0,46(0,37)										
possession	0,53(0,08)										
événement	0,44(0,45)										
propriété	0,33(0,49)										
localisation	0,16(0,17)										
Affirmation	1,74										
règles / faits	0,14(0,29)										
évaluation	0,46(0,37)										
état interne	0,81(0,53)										
attribution	0,10(0,13)										
explication	0,23(0,20)										
Mécanismes conversation.	0,57(0,59)										
Performative	0,16(0,27)										
Divers	0 (0)										
Non verbal	0,50(0,55)										
Total 3 situations	8,12 (2,80)	0,10 (0,16) 6,37%	0,40 (0,38) 25,48%	0,12 (0,35) 7,64%	0,31 (0,38) 19,75 %	0,22 (0,40) 14,01%	0,19 (0,29) 12,10%	0,17 (0,21) 10,83 %	0,06 (0,10) 3,82 %	1,60 (1,33)	9,72 (2,91)
		0,50 31,85%		0,43 27,39%		0,64 40,73%					
<i>Entrevue dirigée</i>	9,59 (3,64)										
<i>Echange d'informations</i>	5,60 (2,60)										
<i>Discussion libre</i>	7,70 (4,37)										

Tableau 3. Patients d'atteinte moyenne.

d. Patients d'atteinte profonde (5>MMS>0)

N = 33 patients, 21 femmes, 12 hommes, âge moyen : 82,6 (4,09),
 NSC moyen : 3,45 (1,19),
 MMS moyen : 2,05 (1,90),
 2 patients à domicile, 31 en institution.

ACTES	ADÉQUATS	INADÉQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence			total		
	Communication efficiente	grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
Questions	0,12										
oui/non	0,08 (0,12)										
wh	0,04 (0,08)										
rhétorique	0 (0)										
Réponses	1,95										
oui/non	1,18 (0,98)										
wh	0,61 (0,58)										
qualification	0,16 (0,18)										
Description	0,42										
identification	0,22 (0,35)										
possession	0,01 (0,05)										
événement	0,07 (0,11)										
propriété	0,07 (0,13)										
localisation	0,05 (0,13)										
Affirmation	0,83										
règles / faits	0,03 (0,05)										
évaluation	0,34 (0,22)										
état interne	0,34 (0,49)										
attribution	0,05 (0,10)										
explication	0,07 (0,10)										
Mécanismes conversation.	0,66 (0,58)										
Performative	0,05 (0,09)										
Divers	0,15 (0,30)										
Non verbal	0,50 (0,97)										
Total 3 situations	4,68 (2,43)	0,07 (0,12) 2,8 %	1,01 (0,71) 40,40%	0,04 (0,14) 1,60%	0,55 (0,71) 22%	0,20 (0,26) 8%	0,23 (0,42) 9,20%	0,34 (0,58) 13, %	0,06 (0,09) 2,4%	2,52 (2,07)	7,20 (4,18)
		1,08 43,20%		0,59 23,60%		0,83 32,60%					
Entrevue dirigée	6,23 (4,01)										
Echange d'informations	3 (2,29)										
Discussion libre	3,90 (0,12)										

Tableau 4. Patients d'atteinte profonde.

CONCLUSION

La standardisation de la GECCO peut donc permettre aux praticiens qui l'utilisent déjà ou qui le feront de situer leurs patients parmi une population-Alzheimer de référence. Il convient malgré tout d'insister sur le fait qu'une évaluation personnalisée doit être privilégiée car le degré d'atteinte cognitive n'est évidemment pas le seul facteur qui intervient sur les capacités de communication des malades-Alzheimer, de nombreux autres facteurs individuels, psycho-sociaux, liés à l'environnement, à l'interlocuteur entre autres* (Rousseau, soumis) sont à prendre en compte en particulier dans l'optique d'une intervention thérapeutique. Un écart important par rapport à ces résultats, en particulier mon-

* Rousseau, Soumis

trant de moins bonnes capacités, doit alerter le thérapeute sur l'influence de facteurs qu'il faudra tenter de repérer car ils peuvent peut-être être sensibles à une intervention, notamment s'il s'agit d'un comportement inadapté de l'entourage.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAES. (2000).
- APPEL, J., KERTESZ, A., FISHMANN, M. (1982). A study of language functioning in Alzheimer patients. *Brain and Language*, 17, 73-91.
- BAYLES, K.A., KAZNIAK, A.W. (1987). *Communication and cognition in normal aging and dementia*. Boston : Lit, Brown and co.
- BERREWAERTS, J., HUPET, M., FEYEREISEN, P. (2003). Langage et démence : examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de Neuropsychologie*, 13 (2), 165-207.
- CARDEBAT, D., AITHAMON, A., PUEL, M. (1995). Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. In EUSTACHE, F., AGNIEL, A. (Eds), *Neuropsychologie des démences : évaluations et prises en charge*, 235-246. Marseille : Solal Editeurs.
- CAUSINO LAMAR, M.A., OBLER, L.K., KNOEFEL, J.E., ALBERT, M.L. (1994). Communication Patterns in End-Stage Alzheimer's Disease : Pragmatic Analyses. In BLOOM, R.L. (Eds), *Discourse analysis and applications : studies in adult clinical populations*. Hillsdale : NJL Erlbaum.
- CAVROIS, A., COUPEAUX, I. (2007). *Création d'un questionnaire dans le cadre de l'approche écosystémique*. Haute Ecole de la ville de Liège : Mémoire pour l'obtention du baccalauréat en logopédie.
- CHAROLLES, M. (1978). Introduction aux problèmes de cohérence des textes. *Langue Française*, 38, 7-41.
- CUMMINGS, J.L., BENSON, D.F., HILL, M.A. (1985). Aphasia in dementia of the Alzheimer's type. *Neurology*, 35, 394-397.
- DORE, J. (1977). « Oh them sheriff » : a pragmatic analysis of children's responses to questions. In ERVIN-TRIPP, S., MITCHELL, C., *Child discourse*. New York : Academic Press.
- FARGIER, A., DALI, S. (2005). *Evaluation de la communication dans la maladie d'Alzheimer : normalisation d'un outil informatisé*. Université de Tours : Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MC HUGH, P.R. (1975). Mini Mental State, a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- GIL, R. (2003). *Abrégé de neuropsychologie*. Paris : Masson.
- GRICE, H.P. (1975). Logic and conversation. In COLE, P., MORGAN, J.L. (Eds), *Syntax and semantics. Speech Acts*, 41-58. New York : Academic Press.
- HOLLAND, A.L. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 50-56.
- HUFF, J.F. (1992). Le langage dans le vieillissement normal et dans celui lié aux maladies neurologiques. *Glossa*, 28, 4-17.
- IRIGARAY, L. (1973). *Le langage des déments*. The Hague-Paris : Mouton, 357 p.
- KEMPER, S., ANAGNOPOULOS, C., LYONS, K., HEBERLEIN, W. (1994). Speech Accomodations to Dementia. *Journals of Gerontology : Psychological Sciences*, 49 (5), 223-229.
- LABOUREL, D. (1981). Communication non verbale et aphasie. In SERON, X., LATERRE, C., *Rééduquer le cerveau*. Bruxelles : Mardaga.
- LEPOITTEVIN, M., VERGNE, H. (2006). *Evaluation de la communication dans la maladie d'Alzheimer : normalisation d'un outil informatisé en fonction de l'âge et du sexe*. Université de Paris VI : Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie.
- MALÉCOT, C. (2002). Etude de la communication non-verbale chez des patients déments. *Glossa*, 80, 54-67.
- MAUGAN, A. (2006). *Evaluation de la communication dans la maladie d'Alzheimer : standardisation d'un outil informatisé en fonction du niveau socio-culturel des malades*. Université de Nantes : Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie.
- MURDOCH, B., CHENERY, H. (1987). Language Disorders in Dementia of the Alzheimer Type. *Brain and Language*, 31, 122-137.
- ORANGE, J.B., LUBINSKI, R.B., HIGGINBOTHAM, D.J. (1996). Conversational repair by individuals with dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 881-895.
- ROUSSEAU, E. (2006). *Evaluation de la communication dans la maladie d'Alzheimer : normalisation d'un outil informatisé en fonction du lieu de vie*. Université de Besançon : Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie.
- ROUSSEAU, T. (1992). *Etude de la communication orale et des comportements de communication chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer*. Université de Caen : Thèse de doctorat en psychologie.
- ROUSSEAU, T. (1998). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer*. Isbergues : Ortho Edition.
- ROUSSEAU, T. (2001). Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Glossa*, 75, 14-21.

- ROUSSEAU, T. (2004). Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. In ROUSSEAU, T. (Ed), *Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 4*, 149-170. Isbergues : Ortho Edition.
- ROUSSEAU, T., FROMAGE, B., SYLVIE, B. (2004). L'influence du contexte dans la performance communicative de deux patients Alzheimer. In *Entretiens d'orthophonie 2004*, 95-116. Paris : Expansion Scientifique Française.
- ROUSSEAU, T., DALI, S., FARGIER, A. (2006). Evaluation des capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : présentation d'un outil informatisé. *Glossa*, 95, 42-58.
- ROUSSEAU, T. (2006a). *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication dans le cadre des démences. GECCO (CD rom)*. Isbergues : Ortho Edition.
- ROUSSEAU, T. (2006b). Evaluation de la communication dans la maladie d'Alzheimer : présentation d'un outil informatisé. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 49, 7, 529-531.
- ROUSSEAU, T. (2007a). Approches thérapeutiques des troubles cognitifs et de la communication dans les démences. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 17, 1, 45-52.
- ROUSSEAU, T. (2007b). *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*. 3^{ème} édition. Isbergues : Ortho Edition.
- ROUSSEAU, T. (soumis). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*.
- SAMBUCHI, N., MICHEL, B. F., BASTIEN, C. (2005). Communication, langage oral et démence. Origine du manque du mot dans la maladie d'Alzheimer : accès lexical et mémoire sémantique. In MICHEL, B. F., VERDUREAU, F., COMBET, P. (Eds), *Communication et démence*, 105-119. Marseille : Solal Editeurs.
- WATZLAWICK, P. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
- WILCOX, J., DAVIS, G. (1978). *Promoting Aphasia Communicative Effectiveness (PACE)*. San Francisco : S.L.H.A.

GECCO version papier

ANNEXE 1

Patient :	Date :
Situation de communication :	Thème :
Interlocuteur :	Durée :

ACTES	ADÉQUATS	INADÉQUATS								TOTAL ACTES
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence				
		grammati cale	lexicale	/situation	/interlocu teur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contra diction	
Questions										
oui/non										
wh										
rhétorique										
Réponses										
oui/non										
wh										
qualification										
Description										
identification										
possession										
événement										
propriété										
localisation										
Affirmation										
règles / faits										
évaluation										
état interne										
attribution										
explication										
Mécanismes conversation.										
Performative										
Divers										
Non verbal										
<i>Résultat</i>										
<i>Résultat</i>										
<i>Résultat</i>										

ANALYSE DES ACTES DE LANGAGE

ANNEXE 2

ACTES DE LANGAGE	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Question oui/non	Demande de confirmation ou de négation du contenu propositionnel Demande de permission	Etes-vous fatigué ? Est-ce que je peux m'en aller ?
Question « wh »	Demande d'information par une question utilisant un des pronoms interrogatifs suivants : où, quand, quoi, pourquoi, comment ?... La question concerne la localisation, le moment, l'identité ou les propriétés d'un objet, d'un événement ou d'une situation Demande adressée à l'interlocuteur pour qu'il répète ce qu'il vient de dire	Où habitez-vous ? Quand partez-vous ? Qui vous a conduit ici ? Vous voulez quoi ? Pourquoi êtes-vous venu ici ? Voulez-vous me dire ce que vous voyez sur cette image ? Vous avez dit ?
Question rhétorique	Demande adressée au récepteur en vue d'obtenir sa reconnaissance pour permettre au locuteur de poursuivre	Vous comprenez ? D'accord ?
Réponse oui/non	Suite à une question oui/non, l'interlocuteur répond en confirmant, niant ou d'une autre façon, le contenu propositionnel, ou répond en exprimant son accord ou son désaccord	Non, je ne suis pas fatigué Oui, c'est pour cela que je suis ici
Réponse « wh »	Suite à une question « wh » (où, quand, qui, quoi, pourquoi, comment ?) l'interlocuteur répond en procurant au locuteur l'information requise	Question du locuteur : pourquoi êtes-vous venu ici ? Réponse « wh » : Je suis venu pour passer des examens
Qualification	Énoncé subséquent qui clarifie, qualifie ou modifie différemment le contenu du message	Après la réponse « non je ne suis pas fatigué » : parce que je me suis reposé avant de venir
Description-identification	Nommer un objet, une personne, un événement ou une situation	C'est une chaise Il s'agit d'un accident
Description-possession	Indiquer qui possède ou a temporairement en sa possession un objet ou une idée, par exemple	L'homme a une voiture La jeune fille sait comment y aller
Description-événement	Décrire un événement, une action ou une démarche	Le chien a traversé la rue lorsque la voiture arrivait et elle l'a écrasé
Description-proprété	Décrire les traits observables ou l'état d'objets, d'événements ou de situations	C'est un bureau en bois, de couleur marron, en désordre
Description-localisation	Décrire le lieu ou la direction d'un objet ou d'un événement	Le vase est sur la table
Affirmation de règles	Déterminer des règles, des procédures conventionnelles, des faits analytiques ou des classifications	Il vaut mieux ne pas aller à la pêche lorsqu'il y a de l'orage Pour faire un punch, on met d'abord le rhum puis ensuite le sirop de sucre de canne
Affirmation-évaluation	Exprimer ses impressions, ses attitudes ou ses jugements au sujet d'objets, d'événements ou de situations	Cette chaise n'est pas solide Pour faire ça, il faut être courageux
Affirmation-état interne	Exprimer son état interne (émotions, sensations), ses capacités ou ses intentions d'accomplir une action	Je me sens mal Je suis capable de gagner Je vais aller jouer aux cartes
Affirmation-attribution	Exprimer ses croyances à propos de l'état interne (sensations, émotions), des capacités, des intentions d'une autre personne	Il est surpris Ma femme fait très bien la cuisine
Affirmation-explication	Rendre compte des raisons, des causes et des motifs reliés à une action ou en prédire le dénouement	Je ne vais plus voir ma belle-fille car elle ne m'aime pas S'il continue à me battre, je le quitte

ANNEXE 2 (suite)

Mécanismes conversationnels-marqueurs de frontière	Sert à amorcer ou achever l'interaction ou la conversation	C'est tout ce que j'ai à vous dire Comme je le disais hier
Mécanismes conversationnels-appel	Sert à entrer en interaction en suscitant l'attention de l'autre	Dites... Ecoutez-moi
Mécanismes conversationnels-accompagnement	Énoncé accompagnant l'action du locuteur et qui cherche à susciter plus spécifiquement l'attention de l'interlocuteur	Je suis en train de faire un tricot, regardez Ce que je lis devrait vous intéresser
Mécanismes conversationnels-retour	Reconnaissance des énoncés précédents de l'interlocuteur ou insertions visant à maintenir la conversation	D'accord OK Vous disiez que...
Mécanismes conversationnels-marqueurs de politesse	Politesse rendue explicite dans le discours du locuteur	Je vous en prie, allez-y
Performative-action	Demande adressée au récepteur en vue d'accomplir une action (ordre)	Allez me chercher le livre
Performative-jeu de rôle	Jeu fantaisiste où les interlocuteurs s'attribuent des rôles ou des personnages	(enfants qui jouent à la marchande et au client)
Performative-protestation	Objections au comportement prévisible de l'interlocuteur	Ne faites pas ça
Performative-blague	Message humoristique	(toute blague ou plaisanterie ou humour)
Performative-marqueur de jeu	Amorcer, poursuivre ou terminer un jeu (concerne surtout les enfants)	Allez, on joue à la marchande
Performative-proclamer	Établir des faits par le discours	Celui qui dit ça est un menteur
Performative-avertissement	Prévenir l'interlocuteur d'un danger imminent ou non	Attention, vous allez glisser
Performative-taquiner	S'amuser à contrarier, sans méchanceté, l'interlocuteur en étant provocateur ou en lui faisant des reproches	Et vous croyez que ce que vous m'avez dit me suffira pour deviner ce qu'il y a sur cette image
Divers	Actes non conventionnels Actes inadéquats non identifiables (néologismes, paraphrasies sémantiques ou phonologiques)	Ce n'est pas un perdreau de l'année (pour dire de quelqu'un qu'il est assez âgé) Ograminospire

ANALYSE DE L'ADÉQUATION/INADÉQUATION

ANNEXE 3

TYPE INADÉQUATION	DESCRIPTIONS	EXEMPLES
Absence de cohésion grammaticale	La structure grammatico-syntaxique de la phrase ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	il a couru à cause qu'il n'était pas en retard phrase contenant un ou plusieurs pronoms sans référent
Absence de cohésion lexicale	Le lexique utilisé ne permet pas à l'interlocuteur de comprendre ce que le locuteur a voulu dire	le chien a attrapé un colipan
Absence de feed-back/à l'interlocuteur	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de l'acte produit par l'examineur	Examineur : « quel âge avez-vous ? » Patient : « mon frère est en vacances »
Absence de feed-back / à la situation	Acte produit par le patient ne correspondant pas à ce que l'on était en droit d'attendre compte-tenu de la situation de communication	Alors qu'il doit décrire une image, le patient parle de ses enfants
Absence de continuité thématique	Le patient change de thème de discussion de manière brutale et inopportune	Je vois un homme au milieu de la rue. Ma femme n'aime pas les tomates
Absence de progression rhématique	Le discours du patient ne progresse pas, il n'y a pas d'apport informatif, il tourne en rond	j'habite ici parce que j'habite là et que je n'habite pas ailleurs
Absence de relation	Les actions, les états ou les événements du discours ne s'articulent pas entre eux	le petit garçon tombe, il court et il est assis parce qu'à cinq heures il est l'heure de sortir
Contradiction	L'information donnée par le patient est en contradiction avec une information qu'il a donnée antérieurement	« j'habite chez moi dans ma maison à la campagne » puis plus loin : « j'habite ici » (on est dans une maison de retraite)